

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

No

235

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 mars 1898, à 1 heure

PAR

Evangelos B. DESTOUNIS

Né à Céphalonie (Grèce), le 11 novembre 1869.

ÉTUDE

SUR

L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. POTAIN, professeur.

Suffragants : { *MM. FOURNIER, professeur.*
GAUCHER et WIDAL, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 mars 1898, à 1 heure

PAR

Evangelos B. DESTOUNIS

Né à Céphalonie (Grèce), le 11 novembre 1869

ÉTUDE

SUR

L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE

CHEZ L'ENFANT



Président : M. POTAIN, professeur.

Suffragants : } MM. FOURNIER, professeur.
GAUCHER et WIDAL, agrégés.

PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Πατρικής στοργής τόδε τεκμήριον

A MES ONCLES

GRÉGOIRE, JEAN ET GERASSIME DESTOUNIS

Εὐγνωμοσύνης καὶ ἀγάπης τεκμήριον

A MA TANTE

A MES CHERS FRÈRES ET A MA CHÈRE SŒUR

Ἀδελφικῆς στοργῆς τό δε τεκμήριον

A MON BEAU-FRÈRE

CHRISTOFORO VAGLIANO

Ἀδελφικῆς στοργῆς τό δε τεκμήριον

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Médicale à la Charité

Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La connaissance du rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant n'est pas de vieille date et le nombre des faits qui ont été publiés sur ce sujet n'est pas considérable.

Ayant eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre, tout particulièrement intéressants par la difficulté qu'a présenté le diagnostic, nous avons pensé à en faire le sujet de notre thèse.

Si les auteurs classiques sont à peu près tous silencieux sur le sujet qui nous intéresse, il est juste de dire cependant que dans ces derniers temps on s'est plus occupé de ce point de pathologie infantile.

Sans parler des observations que nous aurons à énumérer à l'instant en faisant l'historique rapide de la question, nous devons signaler deux ouvrages récemment parus ; ce sont, d'une part, la thèse de Vignaudon et, d'autre part, la thèse de Vanuxem. Les observations de ces deux auteurs proviennent, comme les nôtres, des services de l'Hôpital Trousseau ; malgré l'analyse et l'observation consciencieuses que l'on trouve dans ces deux ouvrages, nous pensons qu'il reste encore matière sur ce sujet à un travail de quelque intérêt.

Aussi étudierons-nous ici spécialement, le diagnostic du rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant, après

avoir rappelé rapidement son étiologie et ses formes cliniques.

Le diagnostic est certainement ici un des points qui nous semblent le plus intéressant ; il ne laisse pas que de présenter, a dans certaines formes au moins, des difficultés sérieuses, auxquelles plus d'un clinicien distingué s'est sans doute laissé prendre.

Il est en particulier une affection grave de l'enfance, l'ostéomyélite, qui peut ressembler à s'y méprendre au rhumatisme blennorrhagique et inversement. M. Vignaudon n'en parle pas dans son chapitre du diagnostic, et M. Vanuxem en dit un mot seulement, considérant l'erreur comme impossible. Nous verrons que dans certains cas elle est, au contraire, facile à commettre, parfois même difficile à éviter.

Nous tâcherons donc de combler cette lacune, et de préciser les symptômes qui pourront permettre de porter un diagnostic exact.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous prions notre maître, M. le professeur Panas, d'accepter l'hommage respectueux de notre éternelle reconnaissance, pour l'intérêt, l'amabilité et les conseils éclairés qu'il n'a pas cessé de nous prodiguer pendant tout le temps de nos études médicales. Que notre savant maître, le professeur Potain, daigne accepter nos plus profonds respects tant pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, que pour le précieux enseignement que nous avons puisé à l'amphithéâtre dans ses remarquables leçons cliniques.

Nous tenons aussi à remercier M. le docteur A. Broca, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,

chirurgien de l'hôpital Trousseau qui a bien voulu nous communiquer les cas d'arthrites blennorrhagiques chez l'enfant qu'il a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Trousseau dans le service du professeur Lannelongue.

Enfin, que nos maîtres, MM. les Professeurs et Professeurs agrégés de la Faculté de Médecine de Paris reçoivent nos plus profonds respects.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Avant l'ère bactériologique, on n'était point renseigné sur la nature de la vulvo-vaginite des petites filles, qui est une des causes la plus fréquentes du rhumatisme blennorrhagique dans l'enfance.

En fait de vulvo-vaginite blennorrhagique chez des petites filles, on ne connaissait, il y a peu d'années, que celles qui résultaient d'un attentat criminel (Vignaudon). — Mais les travaux récents, la découverte du gonocoque de Neisser, considéré comme l'agent pathogène des infections blennorrhagiques, sont venus jeter une vive lumière sur la notion de cause. On a pu convoier la contagion blennorrhagique en dehors des attentats criminels; on a pu établir à côté de la contagion directe la fréquence beaucoup plus grande de la contagion indirecte.

La première observation du rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant remonte à 1885 seulement; elle est due à Clément Lucas (1) (*British medical journal*). — L'auteur n'avait point fait d'examen bactériologique, mais il s'était basé sur ce fait que le père avait une blennor-

(1) CLÉMENT LUCAS. — *British Medical Journ.* 19 juillet 1886.

rhagie et la mère un écoulement vaginal. La marche des accidents prouva d'ailleurs l'exactitude du diagnostic.

Deux mois plus tard, le même auteur anglais rapportait deux nouvelles observations analogues à la première.

A peu près à la même époque, Fendich (1) publia une observation nouvelle du rhumatisme blennorrhagique chez les petites filles et adopta complètement les conclusions de Clément Lucas. Dans ces 4 cas il s'agissait d'accidents consécutifs à l'ophtalmie purulente.

La même année, 1885, Philpot (2) cite le fait d'une petite fille qui eut une vulvo-vaginite et des manifestations articulaires après avoir été violée par un individu que l'examen médico-légal démontre atteint de blennorrhagie. C'est la première observation d'arthrite consécutive à la vulvo-vaginite.

En 1886 parut une observation de Widmark (3) (arthrites consécutives à l'ophtalmie purulente).

M. Darier (4), en 1889, présenta un cas semblable, le premier qui soit appuyé sur l'examen bactériologique du pus de la conjonctive.

Deutschman (5), en 1890, venait compléter ces données en rapportant deux cas de rhumatisme blennorrhagique avec arthrite purulente dont l'un démontré bactériologiquement à gonocoque.

(1) FENDICH. — *British med. Journal*, 31 oct. 1885.

(2) PHILPOT. — *The Lancet*, 6 octobre 1885 et *Arch. of Pediatrics*, 1889.

(3) WIDMARK. *Arch. f. Kinderheilk*, VII, p. I, 1885.

(4) DARIER. *Arch. d'ophtalmol.*, 1889, p. 175.

(5) DEUTSCHMAN. *Arch. für Apht*, 1890, p. 107.

La même année Koplik (1) parle de deux cas d'arthrite consécutive à la vulvo-vaginite des petites filles. Dans ces deux observations l'examen bactériologique de l'écoulement vaginal a démontré qu'il s'agissait bien du gonocoque.

Puis parut l'observation d'Olivier et Bécclère (2) en 1891 : c'est ici encore la vulvo-vaginite qui est en cause.

En 1892 plusieurs observations nouvelles sont publiées par Morax (3), Lindermann (4), Bécclère (5), Escherich (6), Cahen Branch (7). MM. Morax et Bécclère insistent particulièrement sur la contagion indirecte fréquente.

Puis viennent les observations de Guinon (8), Richardièrre (9) et Vignaudon (10).

A ces différents cas il faut ajouter encore ceux publiés en 1893 par Sobolka (11) et en 1894 par Moncorvo (12) celui de Haushalter (13) de Nancy ; et l'exemple unique jusqu'à ce jour, de blennorrhagie avec arthrite chez un enfant du

(1) KOPLIK. *New-York med. journal*, p. 678, 21 juin 1890.

(2) OLLIVIER et BÉCLÈRE. *Méd. moderne*, 25 juin 1891.

(3) MORAX. *Progrès médical*, 22 oct. 1892.

(4) LINDERMAN. *Beitrag zur Augenheilk*, n° V, 1892, p. 31.

(5) BÉCLÈRE. *Rev. génér. de clinique et de thérapeutique* (n° 10, 1892).

(6) ESCHERICH. *Jahrbuch für Kinderh.*, oct. 1893.

(7) CAHEN BRACH. *Jahrb. f. Kinderh.*, p. 375, oct. 1892.

(8) GUINON. *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, p. 23, 1893.

(9) RICHARDIÈRE. *Soc. méd. des hôpit.* Séance du 20 oct. 1893.

(10) VIGNAUDON. Thèse Paris, 1894, n° 57.

(11) SOBOLKA. *Prag. medic.*, Woch, 1893 (4^e édition).

(12) MONCORVO. *Médec. infant.* 15 juillet 1894.

(13) HAUSHALTER (de Nancy). *Congrès français de médéc. international.*, Bordeaux, 1892.

sexe masculin, dont parle Vanuxem (1) dans sa thèse.

A ces observations nous ajouterons les nôtres, celles que nous rapporterons dans ce travail et qui sont en grande partie dues à l'obligeance de M. Broca.

Ces observations sont au nombre de sept. Ainsi le nombre des cas démontrés d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant se trouve arrivé à 29 et non à 28 comme le dit M. Vanuxem, cette dernière observation était publiée par Haushalter de Nancy. Si nous y ajoutons nos observations, le nombre se trouve porté à 38 actuellement.

Nous nous contenterons de cette rapide énumération historique et nous ne rapporterons pas les observations des auteurs que nous avons cité, on les trouve d'ailleurs résumées dans la thèse de M. Vignaudon comme dans celle de M. Vanuxem.

(1) VANUXEM. Thèse de Paris, 394-1895.

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie.

La cause de l'arthrite blennorrhagique longtemps ignorée, comme nous l'avons déjà dit au début, est actuellement bien démontrée, c'est le gonocoque de Neisser dans une quelconque de ses localisations. Mais la nature microbienne de la vulvo-vaginite des petites filles est une connaissance assez récente, de même que la notion de la contagion indirecte.

Il est actuellement certain que le gonocoque de Neisser existe dans la plupart des écoulements vulvaires chez les petites filles Windmark (1), Cseri (2), R. Pott (3), Ebstein (4), Cahen, Branch (5), Cassel (6), Comby (7), l'ont suffisamment démontré. C'est donc une affection en tout semblable à la gonorrhée de l'adulte et il n'est pas étonnant qu'elle puisse, comme elle, s'accompagner de complication articulaires.

(1) WINDMARK. *Arch. f. Kinderheilk.*, VII, p. (1) I, 1885.

(2) CSERI. *Pester medi. chirur. Presse*, N° II, 1885.

(3) R. POTT. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XIX, p. 71, 1882.

(4) EBSTEIN. *Arch. f. Dermat. und syph.*, 1891.

(5) CACEN. BRANCH. *Jahrb. f. Kinder.*, p. 375, oct. 1892.

(6) CASSEL. *Berl. klin. Woch.* N° 29, p. 700, II, juillet 1893.

(7) COMBY. *Soc. Méd. des Hôpit.* 17 juillet 1894.

Cette vulvo-vaginite est rarement le résultat d'une contagion de nature vénérienne, comme l'a démontré M. Comby en se basant sur 150 observations. Le personnel hospitalier ; les objets de toilette, les éponges, les irrigateurs servent souvent d'intermédiaire, Frankel a rapporté l'exemple d'épidémies vulvo-vaginite à l'hôpital de Hambourg de 1881 à 1884 et dans lesquelles la contagion s'est faite ainsi.

La contamination se fait également par le linge, la cohabitation intime, ce qui explique la fréquence des vulvo-vaginites chez les enfants de la classe ouvrières dans les grandes villes.

On a également incriminé les cabinets d'aisance, l'eau des piscines, des baignoires (Vignaudon).

Enfin Weill et Barjon (1), ont vu une épidémie de vulvite dont l'agent de la contamination était le thermomètre à température rectale insuffisamment désinfecté.

Les enfants du sexe masculin, pour être moins souvent atteints de blennorrhagie en bas âge que les filles, n'en sont pourtant point à l'abri, comme le prouve le cas de M. Vanuxem.

L'infection génitale n'est pas le seul point de départ d'où puissent sortir les manifestations articulaires. Très souvent c'est à l'occasion d'une ophtalmie purulente à gonocoque que les accidents éclatent. D'après le relevé des observations connues jusqu'à ce jour, on trouve sur 38 observations :

22 cas consécutifs à des vulvo-vaginites.

15 — — — — — à l'ophtalmie purulente.

1 — — — — — à une uréthrite à gonocoque
chez un garçon.

(1) BARJON et WEILL, *Congrès de méd. inf. de Lyon*, 1897.

La source de la contagion réside presque toujours dans une vaginite de la mère ou de la sœur, dans une blennorrhagie du père ou d'un frère, etc., en un mot d'une affection blennorrhagique chez une personne de l'entourage de l'enfant.

Nous devons ajouter que dans un certain nombre de cas, les mauvaises habitudes dans les écoles où la surveillance est insuffisante sont des sources de contagion plus ou moins directe pouvant donner naissance, tantôt à la vulvovaginite, tantôt à l'ophtalmie purulente.

Il nous semble donc bien démontré actuellement que les arthrites blennorrhagiques de l'enfance sont consécutives à une autre infection gonococcique ; c'est l'infection microbienne qui est la cause prochaine de l'arthrite.

Toutefois, la question de milieu, de résistance vitale peut n'y pas être étrangère ; dans toutes les maladies infectieuses, il y a toujours deux choses à considérer : d'une part la pénétration de l'agent pathogène, d'autre part la résistance du terrain vis-à-vis de cet agent, c'est-à-dire la façon dont l'organisme se défend plus ou moins efficacement contre l'infection microbienne.

Il faut bien reconnaître, après l'analyse des cas connus d'arthrite blennorrhagique, que la constitution du malade ne semble pas jouer un rôle de première importance.

Dans quelques observations de Koplik et de Vignaudon on trouve signalé un certain degré d'anémie ; mais il est possible que cette anémie résulte de l'infection elle-même, qui, comme on sait, débilité rapidement les jeunes sujets. Guinon note, dans le cas qu'il rapporte, de la débilité avec un peu de rachitisme. La malade d'Escherich était mal

développée et débile. — Au contraire, dans d'autres observations, dans celle de M. Vanuxem, par exemple, le sujet était bien constitué et l'état général aussi bon que possible ; dans les cas que nous rapportons il n'y avait non plus rien d'appréciable de ce côté.

Du reste, en l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, il est bien difficile de tirer une conclusion ferme sur ce point : d'une part le nombre des observations est encore trop restreint, d'autre part, dans un bon nombre, il n'est pas question des antécédents héréditaires, ni de la constitution du malade.

Vignaudon et Koplik font remarquer que la rougeole est plusieurs fois parmi les maladies antérieures. Nous ne l'avons pas vu dans nos cas, mais la chose n'en serait pas moins très compréhensible : la vulvo-vaginite non blennorrhagique avec une intensité très variable, d'ailleurs, est loin d'être rare au cours de cette fièvre éruptive, cette inflammation locale peut créer une porte d'entrée plus facile à l'infection gonococcique ; cependant nous sommes portés à croire avec Vanuxem que cette maladie ne constitue pas une prédisposition bien nette, car il y a une trop grande disproportion entre le nombre de cas de rougeole et celui des cas où cette maladie a pu jouer un rôle de quelque importance vis-à-vis de l'infection blennorrhagique.

De même, il ne nous a pas semblé que les enfants nés de parents rhumatisants fussent plus ou moins que d'autres prédisposés à la forme articulaire de la blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit, faut-il admettre avec Vignaudon que le rhumatisme blennorrhagique est fréquent chez l'enfant ?

nous ne le pensons pas. Sans doute, il n'est pas exceptionnel ; ce n'est pas là une de ces affections que l'on écartera dans le diagnostic en raison de sa rareté, mais ce n'est pas non plus une maladie commune. Nous n'en voulons pour preuve que le nombre des cas actuellement connus. On ne peut vraiment se fonder sur ce fait qu'en deux mois on ait observé trois cas d'une maladie, pour en conclure qu'elle est fréquente et nous pourrions répondre que M. Broca, pendant son séjour à l'hôpital Trousseau, n'en a observé que neuf exemples ; aussi, M. le docteur Phocas, de Lille, a vu à peine deux cas semblables comme il nous a dit.

L'âge n'a pas non plus d'influence bien marquée.

L'infection blennorrhagique peut se faire au moment même de la naissance, ayant son point de départ dans les sécrétions vaginales de la mère, et on aura de la conjonctivite purulente ou même de la vulvo-vaginite et de l'urétrite, comme dans le cas récent de Morgenstern publié dans le « *Medical Record*, 2 février 1895, p. 143 ». Or, il suffit d'une atteinte quelconque de la blennorrhagie pour que l'arthrite blennorrhagique devienne possible. Aussi, ces arthrites ont-elles été observées aussi bien quelques jours après la naissance qu'aux diverses périodes de l'enfance, 20 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 7 ans, 9 ans, 12 ans, etc., il faut donc conclure qu'elles sont de tous les âges.

Si l'âge n'a pas une grande importance étiologique, il n'en est pas de même du sexe. Dans la majorité des cas il s'agit de petites filles ; si nous analysons les observations

publiées jusqu'ici, nous trouvons 3 fois le sexe masculin. 8 fois le sexe n'est pas mentionné.

La maladie a donc frappé les filles au moins 27 fois sur 38.

Cette fréquence si nettement marquée dans le sexe féminin n'a rien qui doive nous surprendre. Sans doute, lorsque l'arthrite est consécutive à l'ophtalmie purulente, il n'y a rien de spécial au sexe; mais, quand elle est consécutive à une infection génitale primitive, il n'en est plus de même. Les organes génitaux de la fille sont beaucoup plus faciles à contagionner que ceux du garçon. Une fille peut contracter une vulvite à gonocoques, en couchant dans un lit souillé du pus blennorrhagique, ou en faisant usage du linge contaminé, tandis que le garçon ne contracte guère la blennorrhagie de cette manière. Son urèthre est peu accessible à la contagion indirecte.

D'ailleurs, il n'est pas besoin de faire remarquer que la surface de la muqueuse uréthrale et vulvo-vaginale exposée à la contamination dans le sexe féminin est infiniment plus considérable que celle de l'urèthre du petit garçon.

Quant aux localisations de l'arthrite, elles sont très variables. Tantôt le rhumatisme blennorrhagique est mono-articulaire, tantôt il frappe plusieurs articulations, ce sont les grandes jointures qui sont prises ou bien au contraire les petites comme celles des métacarpiens ou des phalanges.

Cependant, comme l'a fait remarquer Haushalter de Nancy, au congrès de Bordeaux 1895, le genou est presque constamment frappé, seul ou en même temps que d'autres articulations, et dans l'enfance il est beaucoup plus souvent atteint que chez l'adulte. Ce fait que le genou est

presque toujours pris chez des enfants encore trop jeunes pour pouvoir marcher, démontre, sans qu'il soit besoin de commentaires, que la fatigue de la jointure n'est pas la cause de cette localisation, comme quelques auteurs l'avaient prétendu.

Lorsqu'il y a de la polyarthrite, elle peut se montrer de plusieurs façons. Tantôt, plusieurs articulations sont prises, puis les accidents cèdent rapidement pour se localiser avec tenacité sur une ou deux seulement, tantôt, il se produit au contraire des poussées d'arthrite successives. Enfin il est fréquent de voir deux jointures prises de paires évoluer parallèlement.

Il importe aussi de remarquer que les gaines synoviales des tendons voisins participent toujours à l'inflammation articulaire. Ce sont des arthrites et des synovites tendineuses, comme l'a dit M. Vignaudon.

Les bourses séreuses elles-mêmes sont assez fréquemment atteintes. Nasse (1), en 1897, en a rapporté plusieurs exemples et, en France, divers auteurs ont constaté leur infection, nous citerons en particulier M. Jacquet (2), qui, à plusieurs reprises, insista sur les infections gonococciques des bourses séreuses, surtout de celle du talon la talalgie blennorrhagique ou bursite du talon, serait une manifestation assez fréquente.

Reste à se demander comment le rhumatisme blennorrhagique procède de l'infection primitive. Sur ce point les auteurs ne sont point d'accord. Hunter et Cullerier invoquent, comme pathogénie, la métastase.

(1) NASSE. *Wolkmann's Samml. klin. Vorträge* 181-1897.

(2) JACQUET. *Semaine Médicale*, 10 mars 1897.

En 1864, à la Société Médicale des Hôpitaux, M. Fournier rejetant la manière de voir de Bouillaud, de Péter, affirme que l'arthrite et la blennorrhagie simultanées ne sont point de pures coïncidences et qu'il y a entre elles une relation de cause à effet. D'ailleurs ajoute-t-il, le rhumatisme vulgaire et le rhumatisme blennorrhagique sont séparés par des différences essentielles, ce qui est évident au moins dans la majorité des cas.

M. Fournier, pour expliquer la lésion articulaire, invoquait l'action d'un réflexe dont le point de départ serait la muqueuse de l'urèthre enflammée ; cette opinion fut délaissée, quand on eût observé l'arthrite à la suite de l'ophtalmie purulente.

Lasègne acceptait que le rhumatisme blennorrhagique devait rentrer dans la catégorie du rhumatisme pyohémique.

Pidoux admettait l'existence d'une diathèse spéciale que l'on ne comprend guère aujourd'hui.

C'est à une infection générale de l'organisme, le gonocoque de Neisser, qu'est dû le rhumatisme blennorrhagique d'après Bouchard et Bourcy.

Quoiqu'il en soit de ces théories, on peut se demander si l'arthropathie elle-même est déterminée par la présence du microbe à ce niveau, ou s'il agit seulement à distance ou par ses produits de sécrétion. Ici, les opinions se sont partagées encore ; d'après Haller, Bouchardat et Bousquet, le sang serait infecté par le gonocoque, qui y aurait été trouvé et il s'agirait d'une véritable gonohémie. Plusieurs auteurs ont, du reste, constaté la présence du microbe et en particulier Koenig (*Bull. Méd.* Décembre 1896) Fié

(Thèse de Paris 1895) ont pu colorer le gonocoque ; enfin, Widal dans la (*Semaine Médicale* 17 mars 1897), a publié une observation d'arthrite blennorrhagique à gonocoque.

MM. Straus, Mauriac et Dieulafoy ont une manière de voir toute différente. Pour eux, si le gonocoque intervient dans cette infection, c'est d'une façon tout à fait indirecte, par les toxines qu'il secrète. Cette hypothèse rend bien compte des cas dans lesquels le liquide épanché dans l'articulation ne contient pas de gonocoques, ce qui est fréquent ; toutefois, il faut bien savoir que le microbe peut s'y trouver, cependant quelquefois il n'est pas possible de nier la présence du microcoque de Neisser, dans l'observation de Vanuxem, ni dans celles de Deutschman et de Linderman ; nous l'avons également trouvé d'une façon non douteuse dans deux observations inédites que nous rapportons.

Bien que Lasègue, Brun, Talamon affirment que, lorsque l'arthrite blennorrhagique suppure, ce qui est rare, cette suppuration est due au streptocoque et au staphylocoque, nous nous croyons donc autorisé à affirmer que l'épanchement articulaire peut contenir du gonocoque et cela plus souvent, peut-être, qu'on ne le pense, puisque dans la plupart des observations, le liquide n'a pas été examiné.

Aussi, avec M. Marfan, nous concluons que, dans les différents cas, l'un et l'autre mode d'infection peuvent intervenir. Dans une thèse récente (1895) sur *les complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie*, M. Lipski décrit en particulier des congonctivites sans contamination directe, au cours de la chaude-pisse, et

dans lesquelles le gonocoque, s'il fait souvent défaut, se rencontre pourtant quelquefois comme l'a bien montré Morax (Thèse de Paris 1894). Il nous semble donc logique d'admettre la même opinion, basée, du reste sur les faits que nous citons, pour les complications articulaires de la gonococcie.

CHAPITRE III

Symptômes

Le mode de début de l'arthrite blennorrhagique est excessivement variable. L'époque d'apparition des accidents articulaires par rapport à l'infection primitive n'a rien de fixe.

Tantôt c'est un accident des premiers jours, tantôt ce n'est que longtemps après le début de l'écoulement qu'il apparaît.

Dans un cas de Vignaudon, l'arthrite parut 4 mois après le début de la vulvite, dans une autre de Bécclère, c'est au bout de deux mois qu'elle survient, enfin dans une de nos observations, l'articulation fut prise 10 mois après le début de la vulvite. Le plus souvent, l'intervalle est moins considérable, Vignaudon parle de 11 jours. En moyenne on peut admettre que le rhumatisme blennorrhagique apparaît du 8^e au 24^e jour.

Cependant Lindermann l'a vu éclater immédiatement après la guérison d'une ophtalmie qui avait duré 3 semaines. Chez l'une de nos malades, les deux manifestations sont apparues simultanément.

Le début lui-même ne se fait pas toujours de la même façon. Bécclère dit que les localisations articulaires sont souvent précédées d'une période prodromique pendant

laquelle les malades ressentent des douleurs vagues ou intenses occupant plusieurs articulations voisines ou éloignées.

Il peut y avoir de la fièvre, de la céphalalgie, de l'anorexie et de l'abattement avec un mauvais état général.

Dans d'autres cas le début est absolument brusque, l'enfant, qui fait l'objet de l'une de nos observations, ressentit subitement pendant la nuit une vive douleur dans la jambe, une autre fut prise de vives souffrances dans le genou, en marchant près de sa mère.

Dans le bas âge, les divers modes de début restent à peu près impossibles à préciser, à cause du défaut de renseignements utiles.

Les symptômes et l'évolution de la maladie ne sont pas moins variables, et pour pouvoir réunir toutes les variétés cliniques, il faut, avec M. Marfan, décrire cinq formes, cliniques (*Gazette des Hôpitaux*, 1888).

Ces formes sont les suivantes :

1^o Forme arthralgique de M. Fournier.

2^o Forme hydarthrose.

3^o Forme aiguë mono-articulaire.

4^o Forme subaiguë polyarticulaire.

5^o Forme purulente.

Nous allons rapidement passer en revue ces diverses formes.

L'arthralgie est caractérisée par un seul symptôme, la douleur. Celle-ci est tantôt vague, tantôt assez vive, elle peut ne siéger qu'à un petit nombre d'articulations ou s'étendre à toutes les jointures. Elle persiste longtemps avec ténacité et est exagérée par les mouvements et la pression.

Elle suit aussi les gâines tendineuses. — Plus marquée le matin, elle cède et disparaît même le soir, la jointure se dérouille, comme le dit M. Fournier. Souvent cette forme marque le début d'une des suivantes; dans d'autres cas elle en est le reliquat rebelle.

L'hydarthrose se révèle par les symptômes communs de l'épanchement articulaire non purulent. Le liquide s'épanche rapidement et la synoviale est assez distendue.

D'ordinaire, il n'y a ni fièvre, ni phénomènes généraux et la tuméfaction est indolente. Les grandes articulations, les genoux, en particulier, sont le siège de prédilection de la maladie.

La résolution se fait avec une grande lenteur, la synoviale reste épaissie et comme fibreuse et les récidives sont fréquentes.

Cette forme peut enfin passer à la chronicité, mais on n'a pas observé la transformation en tumeur blanche.

La forme aiguë est généralement monoarticulaire et le tableau rappelle à peu de chose près celui de l'arthrite traumatique. Douleur brusque et violente impotence fonctionnelle absolue, rougeur, chaleur et tuméfaction intense et rapidement développées, œdème inflammatoire des tissus périarticulaires, tels sont les caractères qui distinguent cette forme.

Très souvent, on constate ensuite les déformations des extrémités osseuses (hyperostoses) et de l'ankylose plus ou moins complète. C'est à cette forme, spécialement grave au point de vue de la conservation de la fonction que Gosselin a donné le nom de forme plastique ankylosante.

Talamon et Fournier ont décrit une forme subaiguë qui

est, au contraire, presque toujours polyarticulaire, elle ressemble un peu au rhumatisme articulaire vrai ; mais cependant le nombre des jointures atteintes est moins considérable. De plus la flexion n'est pas mobile ; jamais il n'y a de transport complet d'une jointure à l'autre ; en un mot, le pseudo-rhumatisme vrai, plus fugace comme localisation. Cette forme bien que qualifiée de subaiguë, à juste titre par la majorité des cas, peut prendre une allure plus grave et plus aiguë cependant ; on peut observer de la fièvre avec oscillations, un mauvais état général, de l'abattement et de l'anorexie (observations I et II). Quelquefois aussi, malgré la multiplicité des points atteints, on voit une articulation plus rouge, plus gonflée et plus douloureuse que les autres, devenir le siège d'un épanchement séreux ou louché, plus ou moins abondant.

La purulence de l'épanchement n'est pas très commune, mais elle est pourtant possible.

Beaucoup plus grave au point de vue local que les formes précédentes, cette forme est caractérisée par l'œdème inflammatoire, la fluctuation, l'état général grave et infectieux ; et enfin la marche de la température qui reste élevée avec de grandes oscillations d'une façon continue. Dans cette forme, l'épanchement articulaire est très abondant, la douleur à la pression est très vive et on observe assez souvent des petits frissons répétés. Enfin la modification de couleur des téguments est beaucoup plus marquée. Classés dans ces cinq formes cliniques, les cas de rhumatisme blennorrhagique sont évidemment plus faciles à décrire, mais il faut bien dire qu'entre ces formes typiques il y a tous les intermédiaires. Ce sont justement

ces cas mal définis qui peuvent jeter le clinicien dans l'embarras, surtout lorsque la vulvite, par exemple, est très peu marquée ou guérie ; or on sait que l'intensité des manifestations articulaires n'est, en aucune façon, proportionnelle à l'intensité de l'infection primitive. Dans ces circonstances, surtout si l'état général est mauvais, s'il y a de la fièvre avec des oscillations, le diagnostic peut devenir fort délicat. Dans les observations qui vont suivre, on trouvera quelques exemples de ces formes typiques qui rendent l'erreur facile.

OBSERVATION I. (Personnelle).

Suzanne Lef..., 4 ans. Entrée à l'hôpital Trousseau le 1^{er} octobre 1895, service du docteur Lannelongue. M. Bröca assistant. Salle Giraldès.

Antécédents héréditaires. — A peu près nuls, le père est seulement d'une constitution faible, pas de rhumatisants dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme, par un accouchement normal, cette enfant a été élevée au biberon par des parents soigneux. Elle a marché à 11 mois et s'est toujours bien portée.

Histoire actuelle. — Depuis le 29 septembre, l'enfant se plaint du poignet droit qui est un peu gonflé ; elle a de la fièvre et boit constamment. Somnolence, mauvais état général.

A son entrée à l'hôpital, on constate un gonflement assez marqué du poignet droit, surtout accusé à la face dorsale, avec

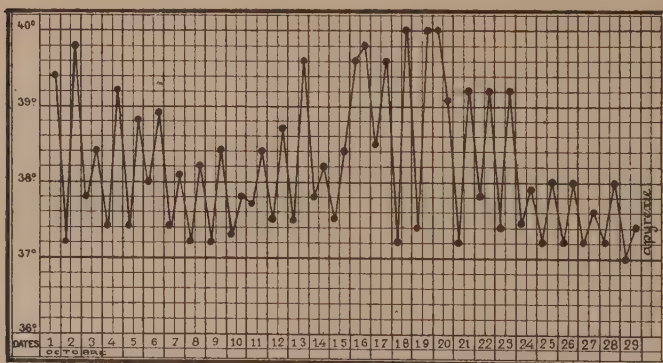
rougeur des téguments qui sont parcourus par des veines dilatées. Les mouvements et la pression, même légère, réveillent une douleur intense. La température locale est sensiblement élevée.

La mère n'a pas remarqué d'écoulement vulvaire. L'enfant examinée n'en paraît pas avoir, mais on vient de lui faire sa toilette avant de la conduire à l'hôpital.

Température, 39°4. Le diagnostic reste suspendu entre : rhumatisme et ostéomyélite.

Traitement : repos au lit.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39°. L'état général reste mauvais. On donne du salicylate de soude. La température qui s'était abaissée d'un demi degré, du 7 au 12 octobre, remonte et oscille entre 39 et 40° le soir.



L'état local s'est plutôt accentué. On examine de nouveau la vulve et on constate un léger écoulement purulent. L'infirmière dit l'avoir constaté dès le lendemain de l'entrée de la malade,

L'examen bactériologique et les cultures montrent que l'écoulement est dû au gonocoque.

Lavages antiseptiques, immobilisation du poignet droit dans une gouttière plâtrée. Suppression du salicylate de soude.

La température s'abaisse progressivement jusqu'au 24 octobre et reste normale jusqu'à la sortie. L'état normal s'améliore, et le 10 novembre, la malade est rendue à sa famille.

État à la sortie. Le poignet droit est encore un peu tuméfié et douloureux à la pression forte.

On laisse la gouttière plâtrée. L'écoulement vulvaire a complètement cessé.

Revue le 20 novembre, l'enfant est complètement guérie.

OBSERVATION II (Personnelle).

Louise Lef..., 15 mois, sœur de la malade précédente. — Entrée à l'Hôpital Trousseau 1^{er} octobre 1895.

Antécédents personnels. — Cette enfant est née à terme. L'accouchement a été difficile (présentation du siège décomplété mode des pieds) la mère a eu une hémorrhagie.

La petite malade a été élevée au biberon. Elle n'a jamais été bien portante jusqu'à l'âge de six mois ; elle a eu plusieurs bronchites, une fluxion de poitrine et une pleurésie.

A 13 mois, elle commence à marcher.

Histoire actuelle. — Depuis le 26 septembre, la mère s'est aperçue que la malade avait la face dorsale de la main et du poignet droits douloureux ; au niveau de l'articulation il y avait une plaque rouge sur la peau. L'enfant avait de la fièvre.

Depuis le 30 septembre, l'autre poignet, les deux genoux et les deux articulations tibio-tarsiennes sont prises, surtout la droite.

A l'examen, on remarque un gonflement très douloureux des articulations, surtout marqué au poignet et au coup-de-

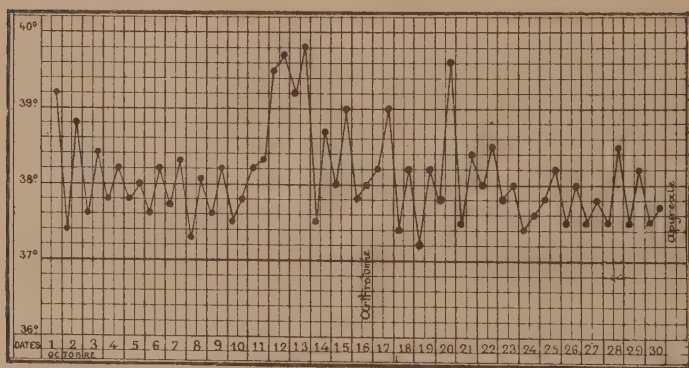
piéd droits, les téguments présentent à ce niveau des veinosités très marquées. La température locale est élevée.

Le thermomètre monte à $39^{\circ} 2$ (température rectale). La mère n'a pas remarqué de vulvite. Le diagnostic reste hésitant entre ostéomyélite et rhumatisme.

Depuis son entrée l'enfant est abattue et somnolente, et sa température oscille autour de 38° . Le 12 octobre. Elévations de la température à $39^{\circ} 5$. L'état local reste le même ; cependant la douleur est plus accusée au côté interne de l'articulation tibio-tarsienne droite.

Salicylate de soude.

Le 16 octobre, la douleur est très vive à la pression en avant



de la malléole interne, rougeur, fluctuation, on porte le diagnostic d'ostéomyélite. M. Broca fait l'arthrotomie trouve dans l'articulation tibio-tarsienne un peu de liquide louche, mais il n'existe pas de point osseux dénudé et le périoste incisé, le tibia paraît sain. Curettage suturé.

Le surlendemain, on constate un écoulement vulvaire à gonocoque. Le liquide louche articulaire en contenait aussi comme l'ont démontré l'examen directe et les cultures.

La vulvite, au dire de l'infirmière, date de l'entrée à l'hôpital, elle est d'ailleurs très peu accusée.

Appareil plâtré, suppression du salicylate de soude. Lavages antiseptiques.

La température continue à osciller entre 38° et 39° du 16 au 22.

Les autres manifestations articulaires vont en s'atténuant, A partir du 25 octobre, la température est normale: et l'état général est satisfaisant.

Sortie le 17 novembre, il n'y a plus de vulvite.

Revue le 20 novembre guérie.

OBSERVATION III. (Due à l'obligeance de M. le docteur Broca).

Marthe Volh..., âgée de 8 ans, entrée à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, dans le service du docteur Lannelongue, M. Broca assistant le 19 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère semblent bien portants. Des trois sœurs de la malade l'une est malade. L'aînée a eu à 15 ans 1/2, une enfant qui a vécu huit jours et qui est morte, on ne sait de quoi. Cette sœur a été soignée à l'Hôpital Saint-Antoine, pour pertes blanches pendant sa grossesse. (Injections vaginales).

Antécédents personnels. — Pas de fièvres éruptives. Il y a un an, elle a eu une conjonctivite granuleuse, qui a duré deux mois, et qui est actuellement disparue sans laisser de traces.

Histoire actuelle. — Il y a quatre jours, cette enfant ressent pendant la nuit une vive douleur dans le poignet gauche, et le lendemain elle se plaint de pertes blanches. Elle souffre en urinant, elle a eu un écoulement vaginal.

Fièvre pendant 3 jours.

Etat actuel. — Cette enfant examinée à la consultation de l'Hôpital Trousseau présente une arthrite metacarpo-phalangienne de l'index et du médius, et une légère phalango-phalangienne de l'Index. Aucune autre arthrite.

Le dos de la main est tuméfié, rouge et œdémateux, il existe une légère douleur à la pression. Impotence de la main.

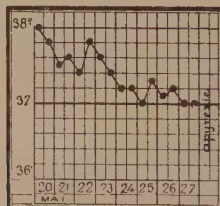
Le surlendemain, l'enfant est revue : grâce aux injections vaginales antiseptiques l'urétrite et la vaginite cèdent rapidement. Mais la tuméfaction de la main persiste, elle a même augmenté et se localise. Plus accentuée aujourd'hui, elle semble siéger surtout sur le deuxième métacarpien. Cet os présente sur son côté interne près de son extrémité un point douloureux bien net.

On porte le diagnostic d'ostéomyélite de ce métacarpien et l'enfant entre à l'Hôpital au 20 mai. Gonflement avec rougeur diffuse occupant surtout le dos du 2^e métacarpien et gagnant vers le premier espace inter-osseux.

Opération. — Incision sur le dos du 2^e métacarpien. On traverse des tissus œdématisés et un peu lardacés. Le périoste est infiltré et épaissi. L'os n'est dénudé nulle part et on ne trouve aucun foyer purulent. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Voici les températures.



Le 2 juillet, l'enfant est revue, elle a une légère arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. 20 juillet. Revue, on constate du gonflement et de l'induration sur le dos du 2^e métacarpien, cicatrice solide linéaire. Un peu d'impotence fonctionnelle. Ankylose incomplète en rectitude, avec hyperostose de deux extrémités articulaires. Quelques mouvements de flexion sont encore possible.

OBSERVATION IV (Due à l'obligeance de M. BROCA)

Jeanne Dub., âgée de 9 ans 1/2 entre le 23 août 1894 à l'hôpital Trousseau, salle Giralès dans le service du docteur Lannelongue, M. Broca assistant.

Cette enfant a de la vulvo-vaginite depuis 15 jours environ, le 19 août, la petite malade marchant avec sa mère se plaint subitement d'une douleur dans la jambe gauche. Dans la nuit du 19 au 20, elle ressent des douleurs très violentes, et le matin le genou était très enflé. Traitée d'abord chez ses parents, on lui mit de la vaseline boriquée et un enveloppement ouaté après avoir posé deux vésicatoires.

L'enfant continuait à souffrir beaucoup jour et nuit.

Depuis deux jours les douleurs se sont calmées et actuellement la petite malade ne souffre plus quand elle reste immobile. Mais la moindre tentative de mouvement voulu ou provoqué détermine des douleurs atroces.

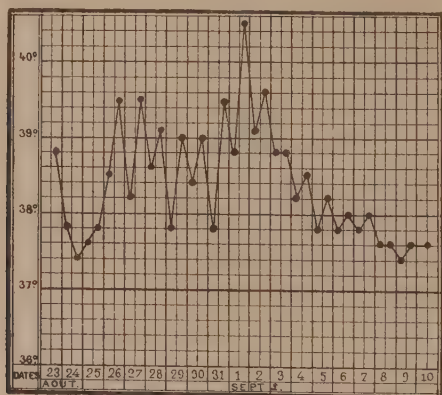
Le 24 août, on immobilise la jambe et on fait une compression ouatée sur le genou. La jambe était dans la flexion et le genou très gonflé. il y avait du liquide dans l'articulation, mais rien ne pouvait faire songer à un épanchement purulent. La pression révélait des douloureux maxima au niveau des liga-

ments latéraux de l'articulation et de chaque côté du tendon rotulien.

Le 31 août et le 1^{er} septembre poussée, de température, on enlève l'appareil et on constate que le genou va bien ; le membre est dans la rectitude et l'articulation encore tuméfiée est moins douloureuse qu'au moment où la malade est entrée à l'hôpital. On refait la compression ouatée.

Le 9 septembre, la malade va bien, les douleurs ont à peu complètement disparu ; la température est redescendue à la normale depuis le 5 septembre et s'y maintient.

Le 6 décembre l'enfant quitte l'hôpital, elle ne souffre plus du tout : elle conserve un peu de raideur dans la marche, il n'existe plus ni gonflement, ni épanchement articulaire.



OBSERVATION V (due à M. BROCA).

Louise Fig..., 12 ans, salle Giraldès, hôpital Trousseau, service du docteur Lannelongue, M. Broca assistant. Cette malade entre dans le service le 13 septembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Le père a toujours été souff-

frant (depuis 20 ans), il a une diarrhée chronique, il tousse depuis quelques mois seulement.

La mère est rhumatisante, elle a eu 10 enfants, dont cinq sont morts en bas-âge, de convulsions. Des 5 enfants qui sont vivants, l'un est sujet aux convulsions (Epilepsie probable), l'autre a eu plusieurs attaques de douleurs rhumatismales. Deux autres sont bien portants et la 5^e est notre petite malade.

Antécédents personnels. — Cette enfant est née à terme, elle a eu la rougeole à l'âge de 10 ans. Elle porte les cicatrices déprimées et légèrement adhérentes de furoncles ou de gommes (?) au niveau de la partie moyenne et de la partie inférieure et externe de la jambe gauche, ces cicatrices datent de 7 mois.

Les accidents actuels ont débuté il y a 8 mois ; à ce moment l'enfant a eu un épanchement abondant dans les deux articulations du genou.

La marche était difficile et la flexion très limitée, en même temps, les deux genoux ont augmenté lentement et progressivement de volume. Il y avait de la vulvite avec urétrite (cuisson en urinant) depuis 8 jours.

A cette même époque, la malade a eu une adénite suppurée de la région cervicale droite.

Cette adénite s'est ouverte spontanément : aujourd'hui, la malade a une cicatrice au niveau de laquelle il existe encore un petit trajet fistuleux.

État naturel. On sent des masses arrondies et dures au niveau de divers groupes ganglionnaires du cou (sous-maxillaires et carotidiens).

A l'inspection des deux genoux, la peau est normale, les deux régions sont déformées ou augmentées de volume.

A la palpation, on constate au niveau des culs-de-sacs synoviaux un épanchement articulaire abondant. Le cul-de-sac supérieur remonte jusqu'à dix centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule. Fluctuation très nette, choc rotulien. Pas

de douleur à la pression, sauf au niveau de la tête du péroné du côté gauche.

Les mouvements de flexion sont limités et douloureux à partir de l'angle droit.

L'extension complète est possible, mais un peu sensible. Les triceps fémoraux sont un peu atrophiés, surtout celui du côté gauche, bien que les deux genoux aient été pris en même temps.

Immobilisation, compression ouatée.

Le 10 novembre, la malade quitte l'hôpital guérie, les mouvements de deux jambes sont conservés, mais il existe un peu de raideur. Pas de douleur, pas de gonflement, pas d'épanchement articulaire.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a jamais eu de fièvre.

OBSERVATION VI (Dûe à M. BROCA).

Joséphine Pac..., âgée de 7 ans entre à l'hôpital Trousseau le 6 mars 1895, salle Giraldès, dans le service du docteur Lannelongue, assistant M. Broca.

Cette enfant sort du service de M. le docteur Delens à l'hôpital Lariboisière, où elle avait été soignée pour une ophtalmie purulente. Il y a trois semaines, l'enfant marchait normalement, elle aurait ressenti à cette époque et d'une façon brusque une douleur très aiguë dans les deux genoux, sans rien dans les autres jointures. Depuis ce moment, les douleurs ont persisté, tolérables au repos, très accrues par les moindres mouvements, aussi elle n'a pas pu marcher depuis et elle a dû rester au lit.

Etat à la sortie. — Pas de gêne dans la marche, pas de

douleur ni à la pression, ni dans les mouvements qui sont tous conservés, pas trace d'ankylose.

OBSERVATION VII (Due à M. BROCA).

Jeanne Bres..., âgée de 4 ans et 1/2, salle Giralaldès, Hôpital Trousseau, service du docteur Lannelongue, M. Broca, assistant.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort tuberculeux, la mère a toujours toussé beaucoup.

Antécédents personnels. — Cette enfant est pâle et faible : elle l'a toujours été, elle tousse habituellement : elle a des sueurs fréquentes. Vulvo-vaginite avec écoulement purulent depuis quatre jours.

L'enfant, il y a quatre jours, a eu une indigestion ; vomissements, fièvre, céphalalgie, sommeil très agité, délire, constipation.

La toux augmente de fréquence, l'enfant est oppressée, elle entre à l'Hôpital dans un service de médecine (Salle Bouvier le 17 octobre 1895. Là, on constate de la submatité du sommet droit et une respiration soufflante.

Le 21 octobre, la malade se plaint du genou droit qui est tuméfié. Douleur diffuse à la pression au voisinage des insertions musculaires et ligamenteuses. Empâtement péri-articulaire, fluctuation, résistance : on porte le diagnostic d'arthrite tuberculeuse. La malade n'a pas de température.

23 octobre. L'arthrite est examinée (ponction) elle est gonococcique. Teinture d'iode ; gouttière. Passe en chirurgie le 25 octobre 1895.

Etat actuel. — Le genou droit est gonflé, la saillie rotulienne est effacée, on voit au-dessus de la rotule une saillie en

fer à cheval due au gonflement du cul-de-sac supérieur de la synoviale. La peau ne paraît pas rouge ; on a mis de la teinture d'iode, ces jours derniers. A la palpation, on constate que la peau est chaude. La douleur cependant n'est pas très vive, on sent nettement de la fluctuation au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale qui est dilaté et rénitent. On ne sent pas très nettement le choc rotulien.

Au dessous de la rotule on a également de la fluctuation, de chaque côté du tendon rotulien.

Il y a dans l'articulation d'étendue quelques mouvements de latéralité. Les mouvements imprimés au genou sont très douloureux, tandis que la pression ne l'était pas.

26 octobre. Anesthésie au bromure d'éthyle : la jambe qui était légèrement fléchie est étendue et on applique un appareil plâtré avec une compression ouatée du genou.

28 octobre L'écoulement vulvaire a diminué, mais on constate des végétations que l'on cautérise au nitrated'argent.

Le 3 janvier on est obligé d'exciser les végétations vulvaires trop exubérantes pour qu'on puisse espérer de les voir disparaître par une simple cautérisation.

Le 12 février. On enlève l'appareil plâtré. Il n'y a plus du tout de douleur, on met l'enfant debout et elle marche à peu près sans raideur dès ce jour.

24 février. La malade sort. Le genou droit n'est pas douloureux mais il reste plus volumineux que le gauche, accentuation des culs-de-sac synoviaux qui donnent au palper une sensation fibreuse et épaissie. Les mouvements de l'articulation, conservés et faciles, sont presque aussi étendus que du côté sain. Pas de mouvements de latéralité.

OBSERVATION VIII (due à M. BROCA)

Marie Lor..., 15 ans, entre le 24 juillet 1894, à l'hôpital Trousseau, salle Giralès, service du docteur Lannelongue. M. Broca assistant.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, la mère est morte d'un cancer. Deux frères sont de bonne santé. Grand père paternel paralysé.

Antécédents personnels. — Cette enfant a été au sein. Elle a eu la rougeole à 5 ans, puis la gourme aussitôt après, elle avait mal aux yeux à 8 ans 1/2.

Depuis ce moment elle a continué à souffrir des yeux, du côté gauche surtout.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement, depuis trois semaines elle a des pertes blanches de temps en temps. Elle porte une cicatrice à la face antéro-interne du coude droit (coupure avec un morceau de verre) à la face antéro-externe du poignet droit, trace de brûlure.

Histoire actuelle. — Le 14 juillet 1895, elle a été tirée violemment par le bras droit ; elle a eu du gonflement de la main droite.

Le 16 juillet, venue à la consultation, on porte le diagnostic d'entorse : on lui fait une compression ouatée. Elle revient le 25 juillet et entre à l'hôpital. On constate un gonflement du poignet droit et de la main, surtout accentuée à la face dorsale. Cette région est douloureuse spontanément. Douleur très vive au niveau de l'articulation tibio-carpienne et de la médio-carpienne. Douleur également vive au niveau du dos de la main. Vulvite.

On diagnostique : arthrite blennorrhagique du poignet.

Traitement. — Inspections vaginales, appareil plâtré, compression ouatée.

Revue le 22 novembre, le poignet est complètement dégonflé, il persisté dans la flexion forcée de l'annulaire et de l'auriculaire. Douleur à la pression sur la région antérieure du poignet, et un peu aussi à la partie interne de la région dorsale.

Les mouvements du poignet sont à peu près complètement conservés et non douloureux.

Ce qui reste paraît être localisé dans les gaines synoviales des tendons, on remet l'appareil plâtré.

Revue un mois 1/2 après complètement guérie. Les mouvements sont encore un peu difficiles, il n'y a pas la moindre douleur. — Massage. Pendant toute la durée de sa maladie cette enfant n'a pas présenté d'élévation thermique.

OBSERVATION IX (personnelle).

Albertine Bert..., 5 ans, entre dans le service du docteur Lannelongue, M. Broca assistant. (Hôpital Trousseau, salle Giraldès), le 12 mars 1895.

Antécédents nuls. — (Pas de renseignements).

L'enfant est prise depuis quelques jours de douleurs peu intenses dans le genou gauche qui est gonflé. Admise à l'hôpital, on constate que la malade a une vulvo-vaginite assez intense à pus verdâtre, contenant du gonocoque. On ne sait pas depuis combien de temps existe la vulvite.

Le genou est volumineux et déformé. — Épanchement articulaire abondant, peu sensible. La saillie rotulienne n'existe plus, les culs-de-sac synoviaux sont distendus et fluctuants choc rotulien. L'état général est bon. La flexion est impos-

sible et l'extension forcée de même, l'exagération des mouvements est douloureuse. Pas de température.

Appareil plâtré. — Compression ouatée, lavages antiseptiques de la vulve.

En Juin, fièvre rougeole, passage au service spéciale. Revient en chirurgie, guérie de sa rougeole. Elle reste à l'hôpital jusqu'au 24 août. — On enlève le pansement le 25 et l'enfant part le 26 août. Au moment de sa sortie, l'hydarthrose a disparu, le genou a repris sa forme normale et n'est pas douloureux. les mouvements se font bien, mais la marche s'exécute avec un de raideur cependant. La vulvite est complètement terminée depuis longtemps.

Le 2 septembre 1893, la petite malade revient à l'hôpital avec une récidive : pas de fièvre, bon état général, pas de vulvite, mais le genou est de nouveau le siège d'un épanchement inter-articulaire excessivement abondant.

Le membre est à peu près indolent.

Atrophie légère du triceps fémoral gauche.

On refait une gouttière plâtrée et une compression.

L'enfant est actuellement encore dans le service. Son état général est des plus satisfaisants, mais le genou est encore gros, la résolution se fait avec une grande lenteur.

CHAPITRE V

Complications

Les complications du rhumatisme blennorrhagique sont plus rares peut-être chez l'enfant que chez l'adulte, mais elles sont de même ordre.

Il faut signaler tout d'abord la suppuration de l'épanchement articulaire. Cette suppuration à vrai dire est exceptionnelle, elle s'annonce par une augmentation des douleurs, l'œdème s'accroît, la peau devient foncée, mais ce sont surtout l'état général et la courbe de la température qui guideront sûrement le diagnostic de la purulence. Bien que cette complication soit sérieuse, son pronostic est très atténué par une arthrotomie bien faite.

Les complications viscérales sont toujours exceptionnelles dans le pseudo-rumatisme blennorrhagique, tant chez l'enfant que chez l'adulte; pour bon nombre d'auteurs même, elles ne sont pas démontrées d'une façon certaine.

L'ophtalmie purulente peut aussi venir compliquer la scène, mais ce n'est pas là à proprement parler une complication du pseudo-rumatisme, c'est une affection

surajoutée, ou si l'on veut une complication de la vulvite, l'enfant contaminant ses yeux par le contact digital ou autrement.

Il en est de même de la vulvite qui peut apparaître lorsque l'ophtalmie purulente a été l'accident initial ; nous n'y insisterons donc pas.

Lipski, dans sa thèse, signale une série de complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie, qui présentent ce caractère commun de survenir en même temps que le rhumatisme blennorrhagique ou à la fin de son évolution. Mais toutes les observations qu'il apporte s'appliquent à des sujets adultes. Il est probable que ces complications peuvent survenir aussi bien dans l'enfance, toutefois nous ne les avons jamais observées et nous ne les avons trouvée mentionnées dans les ouvrages d'aucun des auteurs qui ont écrit sur le même sujet que nous.

Ces complications sont les suivantes :

1° La conjonctivite blennorrhagique, bien différente de l'ophtalmie purulente, et qui ne révèle pas d'une contagion par contact, mais constitue une véritable métastase, une localisation nouvelle d'une infection générale de l'organisme ;

2° L'iritis blennorrhagique décrit par Mackensie, Panas, Rollet, Peter et Fournier, Morax ;

3° La dacryoadénite ;

4° La tenonite (ou hygroma de la bourse séreuse du globe Panas).

5° La nevrite optique.

D'autres complications n'en sont pas moins graves, ce sont les raideurs articulaires, les déformations osseuses et

enfin les ankyloses plus ou moins complètes susceptibles d'entraîner l'impotence fonctionnelle absolue.

Pour fréquentes que soient les récurrences dans la forme hydarthrosique surtout, et malgré leur tendance à la chronicité, on n'a jamais constaté la transformation de l'arthrite blennorrhagique en tumeur blanche. Cependant deux de nos malades au moins eussent été dans des conditions favorables au développement de la tuberculose du sommet de l'un des poumons.

D'après Verneuil l'inflammation faisait le lit de la tuberculose ; or, chez notre petite malade l'élément bacillaire avait pénétré, l'inflammation du genou avait fait le lit à l'infection tuberculeuse qui l'a dédaigné.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique s'impose souvent au clinicien lorsque la maladie revêt une des formes typiques dont nous avons parlé dans un précédent chapitre, il s'impose surtout lorsque on a la notion de cause bien établie par la constatation d'une ophtalmie purulente ou d'une vaginite à gonocoques. Mais nous avons vu que l'atteinte articulaire pouvait survenir intense avec une infection première à peine accentuée, guérie même dans certains cas ; d'autre part les accidents peuvent évoluer aussi un peu en dehors du cadre classique que les auteurs ont tracé, et c'est dans ces circonstances, que le diagnostic présente des difficultés sérieuses.

Tout d'abord le diagnostic doit être fait avec le rhumatisme articulaire aigu ; les malades des observations (I et II) ont été considérées pendant plusieurs jours comme des rhumatisantes.

Nous ferons d'abord remarquer que le rhumatisme vrai est exceptionnel au-dessous de l'âge de 5 ans. Dans la moitié des cas on trouve des antécédents rhumatismaux chez les parents.

Il est vrai que le rhumatisme chez l'enfant n'a pas ten-

dance à la généralisation comme chez l'adulte, mais il a la même mobilité ; il va d'une articulation à l'autre, se transportant d'une façon intégrale souvent et peut revenir ensuite sur une jointure qu'il avait d'abord quittée.

La fièvre peut aussi paraître dans les deux cas, mais tandis qu'au cours du rhumatisme blennorrhagique elle atteint généralement d'emblée son maximum, dans le rhumatisme vrai elle s'élève graduellement, sans ces oscillations que l'on voit sur nos tracés de température. Enfin le pseudo-rumatisme, ne s'accompagne pas de sueurs profuses, mais il est juste de dire que ces sueurs fréquentes chez les rhumatisants adultes, font complètement défaut chez les enfants. Quant aux autres complications du rhumatisme, les endocardites, les péricardites, les pleurésies, etc., on ne les rencontre presque jamais dans les arthropathies dues au gonocoque.

D'ailleurs dans les cas difficiles, où le doute est permis, le salicylate de soude peut servir à éclairer le diagnostic ; ce médicament modifie rapidement le rhumatisme, mais, reste sans action aucune dans les cas d'arthrite blennorrhagique (voir observations I-II).

Aureste pour mieux montrer les différences qui séparent ces deux affections, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter deux observations de rhumatisme vrai, que nous avons recueillies dans le même service à l'hôpital Trousseau ; les voici.

OBSERVATION X. (Personnelle).

Félicie G..., 14 ans. Salle Giraldès, Hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue. M. Broca assistant (23 novembre 1892).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de cœur.

Antécédents personnels. — Douleur au genou gauche dans la petite enfance. Rhumatisme du genou droit l'année dernière.

Histoire actuelle. — En mai 1892, elle a eu une poussée de rhumatisme articulaire aigu généralisée, au genou gauche, l'affection avait persisté subaiguë; depuis lors 23 novembre 1892, on constate : flexion de la jambe à angle obtus, genou gauche volumineux, arrondi. Au palper empatement de la synoviale surtout vers la tubérosité interne du tibia. Pas de douleur à la pression sur les os. Impotence partielle.

Repos, compression, redressement spontané très sensible amélioration considérable, le genou est indolent, normal, sauf à sa partie interne, tous les mouvements se font, mais accompagné de craquements.

Le 3 février 1883, on remarque sur l'extrémité inférieure du fémur, immédiatement au-dessus de la rotule une exostose du volume d'une praline.

Sortie le 27 mars, l'enfant n'a jamais eu de fièvre.

OBSERVATION XI (personnelle).

Edmond G..., 43 ans, hôpital Trousseau, salle Denonvillier, même service.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux, il y a 7 ans, mère syphilitique héréditaire.

Antécédents personnels. — Il y a 2 ans, il eut un abcès osseux du 2^{me} métacarpien gauche, il eut de la fièvre, un trajet fistuleux spontané, et guérit en 16 mois sans opération.

Histoire actuelle. — Il y a trois semaines, il commence à boiter. Depuis le 13 juillet, le pied gauche est enflé au niveau de la tibio-tarsienne.

Le 14 juillet, le pied droit se prend, tous deux sont d'abord également douloureux, puis le droit devient plus sensible. Le cou-de-pied est enflé, surtout du côté interne; la peau est rouge, on y voit des veinosités exagérées, pas d'élévation bien nette de la température locale, la région est très douloureuse, pas de fluctuation — œdème. Du côté gauche mêmes symptômes moins accusés.

Le 16 juillet, 3 grammes de salicylate de soude.

Le 17 juillet. 2 grammes..

Le 18 juillet 2 grammes.

Le 27 juillet. le rhumatisme est complètement guéri et l'enfant sort.

La tumeur blanche a une évolution bien différente de la forme chronique. Le début n'a pas la brusquerie de celui de l'arthrite blennorrhagique : la tuméfaction se fait

d'une façon lente et progressive, la consistance des culs-de-sac synoviaux n'est pas la même au palper, au lieu de la sensation œdémateuse ou de la fluctuation nette, la tuberculose synoviale donne ordinairement une pseudo fluctuation due aux fongosités.

Même lorsque la tuberculose articulaire revêt la forme hydarthrosique, sa marche est plus lente que dans le pseudo-rhumatisme et les douleurs sont à peu près nulles au niveau de l'articulation. Au contraire, on peut souvent déceler une douleur siégeant sur l'une des extrémités osseuses, ou s'est développé un point d'ostéite qui a donné naissance à l'arthrite tuberculeuse.

L'arthrite tuberculeuse aiguë, rare, s'accompagne de symptômes généraux différents et d'autres localisations sur les grandes séreuses, et la confusion n'est guère possible dans la majorité des cas.

L'arthralgie syphilitique, se reconnaît à ses exacerbations nocturnes, et d'ailleurs les jointures ne sont pas douloureuses à la pression.

L'hydarthrose syphilitique est absolument indolore, on peut de plus sentir souvent une augmentation de volume des extrémités osseuses.

La pseudo-tumeur blanche syphilitique ne prête guère non plus à la confusion, avec ses hyperostoses massives et son faible épanchement. Elle est complètement indolent et marche très lentement.

Est-il besoin d'ajouter que dans tous ces cas, les antécédents, les stigmates syphilitiques, le traitement spécifique seront d'un grand secours ?

Nous mentionnerons seulement le pseudo-rhumatisme

scarlatin ; si ses symptômes rappellent beaucoup ceux de certaines formes d'arthrite blennorrhagique, il suffira de fouiller les antécédents, de rechercher minutieusement les traces de la desquamation caractéristique pour assurer le diagnostic.

C'est également par l'anamnèse que l'on peut arriver au diagnostic des autres pseudo-rhumatismes infectieux, consécutifs à la rougeole, aux oreillons, à la diphtérie, à la variole, à la pneumonie, et même aux angines :

Quand à l'arthrite de la dothienenterie, elle siège d'une façon à peu près exclusive sur l'articulation coxo-fémorale et elle s'accompagne d'un état typhique qui mettra sur la voie.

Avec M. Vanuxem, on peut encore faire le diagnostic avec la pseudo paralysie syphilitique, maladie de Parrot. Celle-ci peut en effet ressembler beaucoup au rhumatisme blennorrhagique dans certaines de ses formes cliniques. On la reconnaîtra à l'âge du malade (de 2 mois à la fin de la première année) mais surtout à ce que le gonflement ne siège pas au niveau de l'articulation même, c'est en effet au niveau du cartilage épiphysaire qu'il apparaît et on peut y percevoir de la crépitation.

Bien entendu les antécédents syphilitiques seront recherchés et le traitement spécifique pourra servir encore ici utilement.

Il reste encore un diagnostic sur lequel Vignaudon dans sa thèse n'a pas insisté, c'est l'osteomyélite, l'auteur en parle à peine, quand à M. Vanuxem il considère cette erreur comme impossible à commettre, nous sommes très éloigné de cette opinion qui nous semble fausse, et nous n'en

voulons pour preuve que les cas dans lesquels cette erreur de diagnostic suivie d'une intervention chirurgicale, a été faite et par des cliniciens des plus distingués. Nous savons du reste que l'osteomyélite peut frapper de très jeunes enfants comme l'a bien montré l'an dernier M. Braguhaye, de Bordeaux, dans un travail publié par la *gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1895.

Dans ces cas, il faut s'attacher à faire une analyse exacte et minutieuse des symptômes. Dans les cas où il y a de la température l'hésitation au début est bien compréhensible puisque l'arthrite blennorrhagique, marquée par un épanchement articulaire frappe, aussi les tissus périarticulaires, le périoste, les épiphyses et les gaines synoviales des tendons, et que d'autre part, l'osteomyélite des épiphyses retentit sur la jointure voisine et détermine, elle aussi, un épanchement purulent ou séro-purulent dans l'articulation voisine. Cependant on peut arriver au diagnostic par un examen attentif. Le début n'est pas exactement semblable dans les deux cas ; l'osteomyélite s'accompagne souvent de frissons, et la douleur, le gonflement, sont primitivement extra-articulaires, ce n'est qu'un peu postérieurement que l'épanchement se fait.

D'autre part, le siège exact du maximum de douleur à la pression n'est ordinairement pas le même. Maximum au niveau d'une extrémité osseuse tuméfiée dans l'osteomyélite, elle est plus accusée au niveau de l'interligne, et des insertions ligamenteuses dans l'arthrite blennorrhagique, la douleur existe aussi par la mobilisation des tendons dans leur gaine et par la pression sur ces gaines, ce qui n'est pas la caractéristique de l'ostéomyélite. D'ail-

leurs la courbe thermique et la marche de la maladie lèveront les doutes le plus souvent ainsi que la collection d'un abcès avec la fluctuation.

Dans tous les cas, on doit lorsqu'il existe un épanchement faire surtout le diagnostic de la purulence. Qu'importe, en effet, de savoir immédiatement, en pareil cas, la nature bactériologique de l'affection, même de connaître sa cause ; c'est une arthrite purulente il y a du pus dans l'articulation ; il n'y a pas d'hésitation à avoir, il faut l'évacuer et de préférence par l'arthrotomie. Quoiqu'il en soit nous pensons que l'un des diagnostics, le plus important à faire est celui de l'ostéomyélite. Si dans les cas typiques des deux maladies, l'erreur est difficile, d'après Mme Vernuxem, dans ceux nombreux où la forme est atypique avec fièvre et mauvais état général (observation I et III etc,) il faut se mettre en garde avant de se prononcer d'une manière définitive.

Il reste évident que l'erreur peut être commise, même par d'excellents cliniciens, et on fera bien d'y songer avant de tenter une intervention. Il ne faut jamais manquer dans ces circonstances d'examiner la vulve, l'urèthre, la conjonctive, et si l'on trouve un peu de pus, de faire l'examen bactériologique.

CONCLUSIONS

De cette rapide étude nous croyons pouvoir tirer les quelques conclusions suivantes :

1°) L'arthrite blennorrhagique existe chez l'enfant, elle est consécutive à une infection primitive (vulvo-vaginale, ophthalmie purulente, uréthrite) qui relève le plus souvent d'une contagion non vénérienne.

2°) Elle est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

3°) L'épanchement articulaire contient parfois, mais non toujours le gonocoque de Neisser, même sans qu'il y ait arthrite purulente.

4°) Dans ses divers modalités, l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant peut simuler le rhumatisme vrai et surtout l'ostéomyélite, dont le diagnostic peut devenir très difficile.

5°) Dans la forme arthrite purulente le diagnostic causal perd de son importance, puisque le traitement unique pour tous les cas est l'arthrotomie.

Vu par le Président de la Thèse :

PINARD

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BÉCLÈRE. *Rev. Génér. de clinique et de thérapeutique*, n° 10, 1895.
- CLÉMENT LUCAS. *British. med. Journ.* Juillet, 1885.
- CAHEN BRACH. *Jahrb. f. Kinderh.* p. 375, oct. 1892.
- CsÉRI. *Pester medic. chirurg. Presse*, n° 11. 1885.
- CASSEL. *Berl. klin. Woch.* n° 29, p. 700, 17 juillet, 1893.
- COMBY. *Soc. méd. des hôp.* 17 juillet, 1891.
- DARIER. *Arch. d'ophtalmol.* 1889, p. 175.
- DEUTSCHMANN. *Arch. für Ophtal.* 1890, p. 107.
- EIBSTEIN. *Arch. f. Dermai. und Syph.* 1891.
- ESCHERICH. *Jahrbuch. für Kinderh.* oct. 1893.
- FENDICK. *Bristish med. Journ.* 31 oct. 1885.
- GUINON. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, p. 23, 1893.
- HAUSHALTER. (de Nancy) *Congrès français de méd. int.* Bordeaux, 1895.
- JACQUET. *Sem. méd.* 10 mars, 1897.
- KOPLIK. *New-York méd. Journ.* 21 juin, 1890, p. 678.
- LAUDERMANN. *Beitrage f. Augenheilk* n° 5. 1892. p. 31.
- MORAX. *Progrès méd.* 22 oct. 1892.
- MONCORVO. *Méd. infant.* 15 juillet, 1894.
- NASSE. *Volkman's Saumm. Klin. Vortrage*, 181, 1897.
- OLLIVIER ET BÉCLÈRE. *Méd. Moderne*. 22 juin, 1891.
- PHILPOT. *Lancet*. 6 oct. 1885.
- R. POTT. *Jahrb. f. Kinderh.* t. XIV, p. 71, 1882.
- RICHARDIÈRE. *Soc. Méd. des hôp.* séance du 20 oct. 1893.
- SOBOLKA. *Prag. med. Woch.* 1893, 4^e édition.

VANUXEM. Thèse de Paris, 394, 1895.

VIGNAUDON. Thèse de Paris, 1893, n^o 37.

WIDMARK. *Arch. f. Kinderheilh.* t. VII, p. 4. 1885.

WEILL ET BARJOU. *Congrès de méd. int. de Lyon*, 1894.

